



CUESTIONARIO DEL PACIENTE NOMBRE: _____ Fecha de Nacimiento _____

Marque todos los espacios aplicables y de información adicional en donde este indicado. EDAD: _____ FECHA DE HOY: _____

A) EMBARAZO Y NACIMIENTO:

- ¿Tuvo alguna enfermedad o algún problema durante el embarazo? NO / SI
 - ¿El bebé llegó a tiempo? NO / SI
 - ¿Cuál fue el peso al nacer? _____ libras _____ onzas
 - ¿El bebé tuvo algún problema mientras estaba en el hospital? NO / SI
- En caso afirmativo, por favor explicar _____

B) ALIMENTACIÓN Y DIGESTIÓN:

- ¿Hubo algún cólico severo o problemas de alimentación inusuales en los primeros 3 meses? NO / SI
- ¿Cómo está el apetito de su hijo? POBRE / BUENO / EXCELENTE
- ¿Alguna comida que le moleste a el/ella? NO / SI
- ¿Tiene él/ella diarrea a menudo? NO / SI
- ¿Alguna vez el estreñimiento ha sido un problema? NO / SI
- Si está tomando vitaminas, ¿qué tipo y cuánto? _____
- Si todavía está en fórmula, ¿qué tipo usa? _____ ¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- ¿Dió de amamantar/pecho? NO / SÍ ¿Cuánto tiempo? _____ ¿A qué edad comenzó la fórmula? _____

C) HISTORIA FAMILIAR:

Haga un círculo en cualquiera de las siguientes enfermedades que los padres, abuelos , hermanos o hermanas del niño (a) hayan tenido:

- | | | | |
|--------------|--------|-------------------------------------|----------|
| Ataques | Cáncer | Enfermedad hereditaria o de familia | Diabetes |
| Tuberculosis | Asma | Depresión/Bipolar/Esquizofrenia | Alergias |

- ¿Los padres del niño (a) gozan de buena salud? NO / SI
- Enliste las edades, sexo y salud en general de hermanos y hermanas: _____
- ¿Alguno de sus hijos ha muerto? NO / SI En caso afirmativo, ¿Cuál fue la causa? _____

D) INFECCIONES, ENFERMEDADES, PROBLEMAS VARIOS Y DESARROLLO:

Tiene su hijo:

- ¿Ha tenido hasta tres ataques de problemas en los oídos? NO / SI
- ¿Tuvo más de tres resfriados o infecciones de garganta con fiebre al año? NO / SI
- ¿Ha tenido algún problema micción (orinar)? NO / SI
- ¿Alguna vez tuvo una convulsión? NO SI
- ¿Ha tenido problemas con la audición? NO SI
- ¿Tuvo algún problema con la visión? NO SI
- A qué edad su hijo: Se sentó solo _____ Camino solo _____
- ¿Dijo su hijo alguna palabra antes de la edad de 1½ años? NO / SI
- ¿Su hijo tiene problemas para dormir? NO / SI
- ¿Su hijo tiene algún problema dental? NO / SI

Encierre en un círculo cualquiera de los siguientes elementos que su hijo haya tenido:

- | | | | | | |
|----------------|------------------------------|-------------------|----------------------------------|------------|---------|
| "Rojo" Paperas | sarampión | varicela | huesos rotos | Tos ferina | Roséola |
| Neumonía | Sarampión/Aleman de "3 días" | Accidentes graves | Amígdalas y adenoides extirpados | | |



Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento _____

Otras Operaciones: _____

Otras Enfermedades: _____

Hospitalización: _____

E) ALLERGIAS: Ha tenido su hijo alguna vez:

¿Eczema o urticaria? NO / YES

¿Silbido y urticaria? NO / YES

¿Alergias o reacciones a cualquier medicina o inyecciones? NO / YES

¿Cuál medicina/inyecciones? _____

¿Él/ella tiende a tener nariz tapada o "resfriados constantes"? NO / YES

F) COMPORTAMIENTO

¿Ha estado su hijo excesivamente ansioso o nervioso la mayor parte del tiempo? NO / YES

¿Su hijo ha estado demasiado infeliz, triste o deprimido? NO / YES

¿Su hijo ha estado demasiado aislado de otros niños o tiene miedo de otras personas? NO / YES

¿Hay más confusión o tensión entre la familia de lo que piensas que debería haber? NO / YES

¿Su hijo ha tenido dificultades inusuales para leer, escribir o aprender en la escuela? NO / YES

¿Su hijo ha estado mojando frecuentemente la cama? NO / YES

¿Ha tenido su hijo dificultades para hablar o tiene problemas con su habla? NO / YES

¿Hay algo que le preocupe sobre el comportamiento de su hijo? NO / YES

POR EJEMPLO: Robar, pelear o ser extremadamente destructivo, mentir, manchar el pantalón, pesadillas frecuentes, tomar drogas, huir, dejar de fumar o ausentarse sin permiso de la escuela y así sucesivamente ... _____

G) PRUEBAS: Ha tenido su hijo:

¿Pruebas de Audición? NO / SI Cuando? _____ ¿Pruebas de visión? NO / YES Cuando? _____

¿Cuándo su hijo (a) fue la última vez que fue al dentista? _____

H) IMMUNIZACIONES: Ha tenido su hijo:

* DTAP's Fecha: 1st _____ 2nd _____ 3rd _____ 4th _____ 5th _____

*TDAP _____ *Tétano _____

*Vacuna de la Polio? Fecha: 1st _____ 2nd _____ 3rd _____ 4th _____

*H.I.B. (Hemophilus Influenza Tipo B) Date: 1st _____ 2nd _____ 3rd _____ 4th _____

Hepatitis B Fecha: 1st _____ 2nd _____ 3rd _____

Hepatitis A Fecha: 1st _____ 2nd _____

¿Sarampión – Rubeola – Paperas vacuna MMR? Fecha: 1st _____ 2nd _____

Rotavirus Fecha: 1st _____ 2nd _____ 3rd _____

Prevnar Fecha: 1st _____ 2nd _____ 3rd _____ 4th _____

HPV Fecha: 1st _____ 2nd _____ 3rd _____

¿Pruebas de Piel para la Tuberculosis? NO / SI Fecha: _____ ¿Vacuna de la Varicela? NO / SI Fecha: _____

Firma de los padres o persona encargada (Guardián)

Fecha